ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 21-2 Date de publication : 30 janvier 19953

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

Pagination officielle :

CAS D'INTOXICATION AU PLOMB CHEZ UN ENFANT DUE À L'INGESTION D'ÉCLATS DE PEINTURE PRÉSENTS SUR UN TERRAIN DE JEUX — QUÉBEC	F-1	9 – 12
RECHERCHE DES CONTACTS ET SUIVI D'UN CAS DE TUBERCULOSE LARYNGÉE — ALBERTA	F-3	12 – 13
CLARIFICATION	F-4	13 – 14
SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES	F-5	15
ANNONCES	F-6	16

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

CAS D'INTOXICATION AU PLOMB CHEZ UN ENFANT DUE À L'INGESTION D'ÉCLATS DE PEINTURE PRÉSENTS SUR UN TERRAIN DE JEUX — QUÉBEC

Exposé du cas

Un garçonnet de cinq ans de la région de Montréal a subi un dosage de la plombémie dans le cadre d'une évaluation pour un comportement autistique, après que sa mère eut déclaré qu'il portait à la bouche et avalait des choses étranges, notamment des éclats de peinture. Le 1er juin 1994, la plombémie de l'enfant était de 0,89 µmol/L (18 µg/dL), mais un échantillon de contrôle prélevé le 7 juillet révélait une plombémie beaucoup plus importante, soit 2,00 µmol/L (41,5 µg/dL). Les responsables de la santé publique du Canada[1] et des États-Unis[2] ont recommandé que l'on intervienne dès que la plombémie atteint 0,48 µmol/L (10 µg/dL) chez un enfant. L'analyse d'un échantillon de sang prélevé également le 7 juillet chez la mère et la soeur de l'enfant révélait une plombémie normale chez ces deux sujets (0,13 µmol/L et 0,14 µmol/L, respectivement).

L'enfant a été hospitalisé le 12 juillet. Lors de son admission, il ne se plaignait pas de douleurs abdominales, de vomissements ni de constipation et ne présentait aucun signe d'intoxication aiguë par le plomb. Son taux d'hémoglobine s'établissait à 130 g/L et sa protoporphyrine érythrocytaire libre[3] à 0,67 µmol/L, ce qui sont des valeurs normales. Les radiographies de l'abdomen ont révélé la présence d'éclats de peinture dans les intestins. On a administré à l'enfant un traitement chélateur au calcium édétate de sodium ($CaNa_2EDTA$) pendant cinq jours. Après ce traitement, la plombémie avait chuté à 0,75 µmol/L.

Les médecins traitants ont demandé au personnel du Programme régional de santé publique de Montréal de rechercher les sources potentielles d'exposition au plomb de l'enfant. Des entrevues avec la mère ont révélé que le jeune garçon avait fréquenté une garderie jusqu'au mois d'avril 1994. Depuis ce temps, l'enfant était gardé toute la journée à domicile et les activités quotidiennes englobaient une période de jeux de 30 à 60 minutes dans des parcs du voisinage. Sa mère raconta qu'il ingérait parfois des éclats de peinture qu'il arrachait avec ses mains ou ses dents des structures métalliques installées sur le terrain de jeux.

L'inspection de l'appartement familial n'a mis en évidence aucune source d'exposition au plomb : les murs avaient été construits récemment et la peinture était en bon état; il ne s'y trouvait aucun vieux jouet peint, aucun remède populaire ni d'objet en céramique dont la glaçure contenait du plomb. La peinture de la balustrade extérieure s'écaillait, mais on n'y voyait aucune trace de dents.

Sur les deux terrains de jeux, les structures métalliques étaient peintes de couleurs diverses et, dans bien des cas, la peinture s'écaillait.

Des échantillons d'éclats de peinture ont été prélevés au début du mois d'août et analysés par l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail du Québec et par le Centre de toxicologie du Québec. Voici un aperçu des résultats de ces analyses.

Concentration en plomb (poids sec) des échantillons d'éclats de peinture prélevés au domicile de l'enfant intoxiqué et dans les parcs du voisinage

Endroit	Couleur	% de plomb
Appartement, balustrade métallique	Gris	0,06
Appartement, mur de la salle de séjour	Blanc	0,0068
Parc n° 1, balançoires	Rouge	6,5
Parc n° 1, balançoires	Bleu	4,3
Parc n° 1, portique des balançoires	Blanc	2,1
Grille entre les parcs	Vert	10,0
Parc n° 2, balançoire-cheval	Blanc	5,4
Parc n° 2, balançoire-cheval	Rouge	0,011
Parc n° 2, balançoire-cheval	Bleu	0,030

Après cette enquête, les autorités municipales ont entrepris d'ôter la peinture écaillée des installations des terrains de jeux et de les repeindre avec de la peinture sans plomb.

Discussion

D'après les données dont nous disposons, tout indique que l'intoxication par le plomb chez cet enfant a été causée par la peinture des structures métalliques des terrains de jeux. Il est bien connu que la peinture à base de plomb est une source d'intoxication chez les jeunes enfants, quoique dans la plupart des cas de ce genre, on trouve généralement la source de l'exposition dans les résidences[4,5]; cette question a reçu beaucoup d'attention au Canada[6].

Depuis 1975, la *Loi sur les produits dangereux* interdit d'appliquer de la peinture contenant plus de 0,5 % de plomb (en poids sec) à l'intérieur des résidences, sur les meubles et sur les jouets. La réglementation interdit l'application de peinture à base de plomb sur des produits de consommation destinés aux enfants[7], mais au Canada, les installations des terrains de jeux ne sont pas considérées comme des produits de consommation. Comme aucune mise en garde spécifique n'a été émise, les municipalités et les autres propriétaires de terrains de jeux ont utilisé et utilisent encore parfois de la peinture à base de plomb. Cela représente un danger pour les jeunes enfants, qui mordillent et portent à la bouche des objets hétéroclites. Le risque d'intoxication augmente lorsque la peinture est écaillée.

Il n'est pas suffisant d'appliquer de la peinture à faible teneur en plomb pour remédier au problème et limiter l'exposition au plomb. En effet, lorsque la peinture s'écaille, toutes les couches de peinture se détachent généralement de la surface. L'enlèvement de la vieille peinture par chauffage ou par ponçage pourrait contaminer le sol du terrain de jeux. Il est recommandé de procéder au décapage à l'aide d'un solvant et les chiffons utilisés à cet effet devraient être traités comme des déchets dangereux. La nouvelle peinture devrait contenir moins de 0,5 % de plomb. Remplacer les structures métalliques par des structures de plastique est une autre solution qui permettrait d'éliminer cette source d'exposition au plomb pour les enfants.

Recommandations

1. Éviter d'appliquer de la peinture à base de plomb sur des structures auxquelles les enfants ont facilement et souvent accès.
2. Enlever la peinture écaillée à base de plomb de façon à éliminer le danger d'exposition, ou bien remplacer les vieilles structures en métal par des structures en plastique.
3. Sensibiliser les parents au risque potentiel que courent leurs enfants lorsqu'ils ingèrent des éclats de peinture.
4. Encourager les médecins à demander le dosage de la plombémie chez les enfants qui ont l'habitude de porter des choses non comestibles à la bouche et communiquer les résultats anormalement élevés à leurs collègues travaillant dans le domaine de la santé publique.

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur collaboration : K David, Association canadienne de l'industrie de la peinture et du revêtement; V Tramonti, inspecteur, Direction de la sécurité des produits, Santé Canada; JP Weber, directeur des services de laboratoire, Centre de toxicologie du Québec.

Références

1. Report of the Federal/Provincial Committee on Environmental and Occupational Health. *Update of evidence for low-level health effects of lead and proposed blood lead intervention levels and strategies*. Santé Canada. Sous presse.
2. Centers for Disease Control. *Preventing lead poisoning in young children: a statement by the Centers for Disease Control*. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, 1991.
3. Hammond PB, Bornschein RL, Succop P. *Dose-effect and dose-response relationships of blood lead to erythrocytic protoporphyrin in young children*. Environ Res 1985;38:187-96.
4. Schwartz J, Levin R. *The risk of lead toxicity in homes with lead paint hazard*. Environ Res 1991;54:1-7.
5. Landrigan P, Todd A. *Lead poisoning*. West J Med 1994;161:153-59.
6. Myres AW, Easson E. *Lead in paint - an "old" problem revisited*. Environ Health Rev 1992;36:102-4.
7. Santé et Bien-être social Canada. *Loi sur les produits dangereux, parties I et II de l'annexe I*.

Source : *D^r SI Moore, MS, résident en santé communautaire, Université McGill; D^r T Kosatsky, MPH, M Beausoleil, BSc, Programme régional de santé publique, Montréal-Centre; D^r N Eade, DPhil, Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec).*

Commentaire de la rédaction : Le rapport final du Groupe de travail sur les niveaux et les stratégies d'intervention relatifs au taux de plomb dans le sang présenté au Comité consultatif fédéral-provincial de l'hygiène du milieu et du travail est en voie de publication.

Le Groupe de travail avait pour mandat d'examiner les données médicales et scientifiques relatives au niveau minimal d'exposition au plomb pouvant entraîner des effets indésirables chez les enfants et les adultes, **afin de formuler des recommandations** concernant la plombémie maximale ne comportant aucun effet sur la santé et **de recommander** des niveaux et des stratégies d'intervention pour des groupes particuliers dans la population. **Le Groupe n'a pu atteindre ce deuxième objectif à cause des résultats de l'étude toxicologique, qui n'a pas permis d'établir de seuil clair où il n'existait aucun effet**. Dans un rapport antérieur soumis en 1987 au Comité consultatif fédéral-provincial de l'hygiène du milieu et du travail, des experts avaient recommandé une plombémie maximale de 1,0 à 1,25 µmol/L (20 à 25 µg/dL). Le dernier chiffre a été établi comme niveau d'intervention qui devait assurer la protection de la santé de **tous** les Canadiens. Au départ, dans l'esprit des membres du Groupe de travail, tout niveau d'intervention nouveau devait avoir une valeur universelle. À la lumière de nouvelles données, il devint toutefois apparent qu'un niveau d'intervention uniforme ne convenait pas aux différents groupes dans la population.

Au cours des 4 ou 5 dernières années, des études ont montré que des effets sur la santé étaient décelables à 0,5 à 0,7 µmol/L (10 à 15 µg/dL) et qu'il n'existait probablement pas de seuil pour ces effets. Ce sont les répercussions sur le développement physique et intellectuel des nourrissons et des enfants ainsi que sur la pression artérielle et la reproduction chez les adultes qui préoccupent particulièrement le Groupe de travail. La plombémie maternelle peut également exercer des effets sur le système nerveux des

foetus; ces derniers constituent peut-être le groupe le plus vulnérable dans la population.

On présume que de 5 % à 10 % des enfants vivant en milieu urbain non exposés à une source ponctuelle ont une plombémie qui dépasse 0,50 µmol/L (10 µg/dL). En milieu rural, il est probable que moins de 1 % ou 2 % des enfants présentent une plombémie supérieure à 0,5 µmol/L (10 µg/dL). Si l'on présume qu'environ 1 325 705 enfants vivent en milieu urbain au Canada (estimation) et que 5 % d'entre eux affichent des taux supérieurs à 0,5 µmol/L (10 µg/dL), le nombre d'enfants en milieu urbain ayant une plombémie supérieure à 0,5 µmol/L (10 µg/dL) peut atteindre 66 285.

Les enfants vivant dans des collectivités qui ont déjà été exposées à des sources ponctuelles ont des plombémies beaucoup plus élevées que les enfants vivant dans des zones non contaminées, mais on a observé une baisse de la plombémie dans les endroits où des programmes de réduction de l'exposition (qui visent à éliminer les sources de plomb) ont été mis en oeuvre.

Le Groupe de travail recommande en premier lieu que des stratégies d'intervention soient adoptées dès que la plombémie atteint 0,5 µmol/L (10 µg/dL). Ces stratégies d'intervention doivent être adaptées au groupe particulier (c.-à-d., les femmes enceintes, les enfants, les adultes, etc.), parce que, comme le rapport l'indique, chaque groupe **est** vulnérable à sa façon au plomb. D'autres recommandations du Groupe de travail ont trait surtout à l'établissement de programmes de surveillance de certains groupes particuliers et la notification de plombémies supérieures à 0,5 µmol/L (10 µg/dL) aux autorités sanitaires compétentes.

Toute personne qui désire obtenir une copie de ce rapport, lorsqu'il sera publié, ou du matériel éducatif sur le plomb à la maison, est priée de s'adresser au **Centre d'hygiène du milieu, pièce 104, Pré Tunney, Ottawa, K1A 0L2, télécopieur : (613) 941-8632.**

Rapport préliminaire

RECHERCHE DES CONTACTS ET SUIVI D'UN CAS DE TUBERCULOSE LARYNGÉE — ALBERTA

Le 20 juillet 1994, on a diagnostiqué une tuberculose pulmonaire et laryngée chez un travailleur de la santé de 26 ans né au Canada après que celui-ci eut manifesté des symptômes de toux et de fatigue pendant environ 3 mois. Les frottis et les cultures d'expectorations étaient positifs pour *Mycobacterium tuberculosis*, et le bacille était sensible à tous les médicaments testés. On a identifié plus de 1 600 personnes qui avaient été en contact avec ce travailleur de la santé durant la période symptomatique. Elles ont été classées en plusieurs groupes : famille, amis, camarades de classe, participants à diverses activités sociales et de loisir, collègues de travail, patients et passagers à bord d'un avion. Les services de lutte anti-tuberculeuse de l'Alberta suivent tous les contacts qui résident dans la province. Les bureaux de santé régionaux et les médecins de famille participent à l'évaluation des patients sur le terrain. Le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) à Ottawa coordonne le suivi des passagers d'avion qui ont été en contact avec le sujet et qui résident dans d'autres provinces, territoires et pays. Les *Centers for Disease Control* à Atlanta, Géorgie, coordonne le suivi des contacts dans le cas des passagers américains. Un épidémiologiste régional du LLCM a collaboré avec les services de lutte anti-tuberculeuse de l'Alberta au suivi des contacts, notamment des contacts au travail, et à l'analyse des données en cours.

Le présent rapport fournit les résultats du suivi des contacts en date du 30 novembre 1994 (les passagers d'avion résidant à l'extérieur de l'Alberta ont été exclus). Chez 1 175 (70 %) des contacts identifiés, les tests tuberculiniques (tuberculine purifiée) étaient négatifs; 208 contacts (13 %) avaient déjà obtenu des résultats positifs à ce type d'épreuve (c.-à.-d. avant le 1er janvier 1994); 99 (6 %) présentent de nouvelles réactions positives (le premier test tuberculinique positif remonte au 1er janvier 1994, ou après, et les sujets n'avaient pas obtenu antérieurement des résultats négatifs); 66 (7 %) présentent un virage (résultat positif obtenu le 1er janvier 1994, ou après, couplé à des résultats négatifs antérieurs) et 127 (8 %) n'ont pas encore subi de test tuberculinique. Cinq cas suspects de tuberculose active ont été identifiés, 4 à partir d'anomalies radiologiques, et dans un cas, ces anomalies ont été confirmées par culture et la cartographie peptidique correspondait à celle du cas index. Cinquante-deux (79 %) sujets qui présentaient un virage et 55 (56 %) qui ont obtenu une première réaction positive ont amorcé le traitement prophylactique à l'isoniazide (INH). Les personnes qui refusent de recevoir un tel traitement feront l'objet d'un suivi à 6, 18 et 30 mois. Celui-ci comportera une anamnèse et des radiographies thoraciques.

Cette éclosion de cas souligne l'importance de la prévention primaire de la tuberculose de même que la nécessité de ne ménager aucun effort pour prévenir l'infection secondaire une fois qu'un cas d'infection active a été identifié.

Source : *Dr S Demeter, épidémiologiste régional, LLCM, Ottawa; Dr A Fanning, directeur, TB Services, Alberta Health, Dr F MacDonald, A Singh, BMBS, Local Board of Health, Edmonton (Alberta).*

Clarification

1993 RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU PALUDISME (MALARIA) CHEZ LES VOYAGEURS INTERNATIONAUX, RMTC 1993; 19S1

Tableau 4. Chimiothérapie des infections paludiques graves à *P. falciparum*, p. 14.

Les précisions suivantes devraient être apportées à la posologie de la quinidine dans les recommandations numéros 1, 2 et 4 présentées au tableau 4 :

1. **Quinidine (base) : dose d'attaque de 6,2 mg/kg** (gluconate de quinidine (sel), 10 mg/kg) par perfusion intraveineuse pendant une à deux heures, suivie de **0,0125 mg/kg/min** de quinidine (**base**) (gluconate de quinidine (sel), 0,02 mg/kg/min) administrée à l'aide d'une pompe à injection pendant 72 heures ou jusqu'à ce que le patient puisse avaler, puis comprimés de quinine administrée pour un traitement complet de 7 jours.

Dans l'article cité ci-dessous, c'est la dose de quinidine qui a été recommandée pour le traitement de 16 patients atteints d'une infection paludique grave à *P. falciparum*. Onze des patients ont également subi des exsanguinotransfusions. Les patients transfusés présentaient des taux de parasitémie supérieurs (24,5 % contre 9 %) avant le traitement que les patients qui n'avaient pas reçu de transfusion. Les trois patients décédés avaient reçu des transfusions mais leurs taux de parasitémie étaient en moyenne beaucoup plus élevés (40,1 % contre 18,4 %) que ceux d'autres patients transfusés.

Références

1. Miller KD, Greenberg AE, Campbell CC. *Treatment of severe malaria in the United States with a continuous infusion of quinidine gluconate and exchange transfusion*. N Engl J Med 1989;321:65-70.
2. CDC. *Public Health Service inter-agency guidelines for screening donors of blood, plasma, organs, tissues, and semen for evidence of hepatitis B and hepatitis C and treatment with quinidine gluconate of persons with severe **Plasmodium falciparum** infection; discontinuation of parenteral quinine from CDC drug service*. MMWR 1991;40(RR-4):21-3.

OU

2. **Quinidine (base) : dose d'attaque de 15 mg/kg** (gluconate de quinidine (sel), 24 mg/kg) diluée dans 250 mL de solution isotonique et administrée par perfusion intraveineuse pendant 4 heures, suivie 8 heures après le début de l'administration de la dose d'attaque, d'une dose d'entretien **de 7,5 mg/kg de quinidine (base)** (12 mg/kg de gluconate de quinidine (sel)) administrée par perfusion pendant 4 heures et répétée aux 8 heures pendant 7 jours ou jusqu'à ce que l'on puisse mettre en route le traitement par voie orale.

Dans le rapport cité plus loin, les auteurs rendent compte du traitement de 14 patients atteints d'une infection paludique grave à *P. falciparum*; deux des cinq patients souffrant de paludisme cérébral sont morts, mais la parasitémie a pu être éliminée chez les 12 survivants. Une parasitémie a de nouveau été observée chez deux patients dans les 28 jours qui ont suivi le traitement. Le nombre médian de parasites s'élevait dans ces cas à 189 000 (anneaux de *P. falciparum* par microlitre de sang) et variait entre 66 971 et 1 736 106.

Référence

1. Phillips RE, Warell DA, White NJ et coll. *Intravenous quinidine for the treatment of severe falciparum malaria*. N Engl J Med 1985;312:1273-78.

OU

4. **Quinine : 15 mg de base/kg (dose d'attaque)** (20 mg de dichlorhydrate de quinine (sel)/kg), par perfusion intraveineuse pendant 4 heures, répétée aux 8 heures jusqu'à ce que le patient puisse avaler, puis comprimés de quinine pour un traitement complet de 7 jours.

Tableau 5. Équivalences base/sel de certains médicaments antipaludiques, p. 14.

Voici les équivalences base/sel correctes pour le gluconate de quinidine :

Base	Sel
7,5 mg	12 mg
10 mg	16 mg
15 mg	24 mg

Le poids moléculaire du gluconate de quinidine, calculé à partir de sa formule chimique, est de 520,6. La quinidine qui entre dans la composition de ce sel a un poids moléculaire de 324,41. Le rapport base/sel est de 62,3 %. Dans les références qui suivent, seulement POISINDEX (Micromedex) donne un pourcentage plus élevé de base en raison d'une erreur de calcul du poids moléculaire du sel.

Références

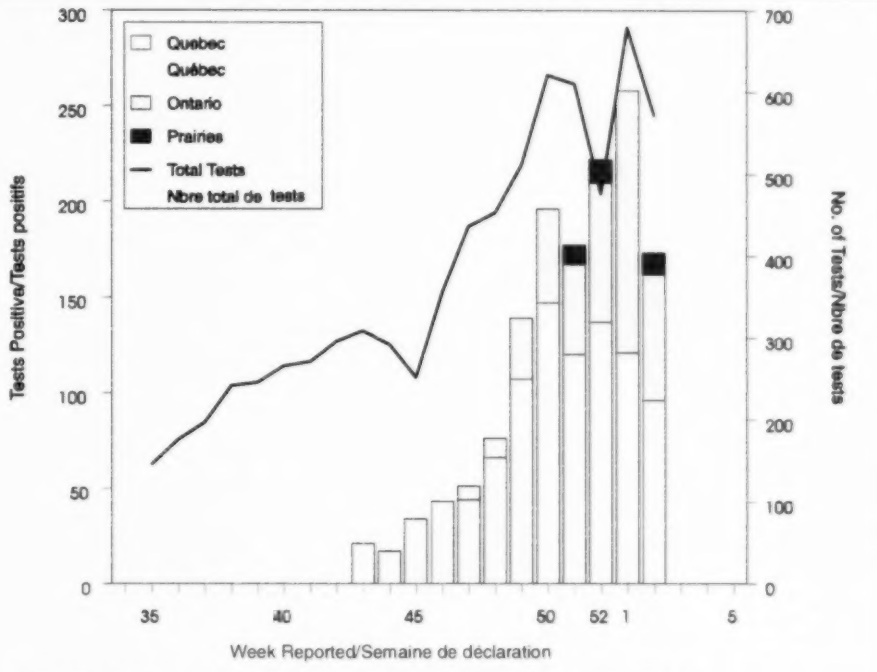
1. Budavari S, éd. *The Merck index*. 11e éd. New Jersey: Merck & Co., Inc., 1989.
2. Reynolds JEF, éd. *Martindale: The extra pharmacopoeia*. 13e éd. London: The pharmaceutical press, 1993.
3. *The United States pharmacopoeia - The national formulary*. Rockville, MD: United States Pharmacopeial Convention, Inc., 1995.
4. American Society of Hospital Pharmacists. *American hospital formulatory service drug information*. Bethesda, MD: American Society of Hospital Pharmacists, 1994.
5. Micromedex Inc. *DRUGDEX (R) SYSTEM*. CD-ROM. Trimestriel.
6. Micromedex Inc. *POISINDEX (R) SYSTEM*. CD-ROM. Trimestriel.

SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES
(en date du 13 janvier 1995)

Virus respiratoire syncytial (VRS)

Le nombre de cas signalés d'infection à VRS a augmenté de façon marquée en décembre 1994 (figure 1). Plus de la moitié de ces cas sont survenus au Québec, signe d'une épidémie qui a commencé à la fin de 1994 et qui a sévi plus particulièrement dans la région de Montréal. Le nombre de cas déclarés d'infection à VRS dans la région de Toronto a également progressé au cours des dernières semaines.
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) signale que le VRS est actuellement très actif dans plusieurs pays d'Europe.

Figure 1
Détection du virus respiratoire syncytial au Canada : tests positifs, par région* et par semaine de déclaration



* Les provinces de l'Atlantique et la Colombie-Britannique ont chacune signalé < 7 tests positifs pour le VRS.

Grippe

L'OMS indique que l'activité grippale demeure faible en Amérique du Nord et dans la plupart des pays européens.

Canada : L'activité grippale reste faible au Canada. Dix-neuf cas d'infection grippale ont été signalés par des laboratoires participant au Programme de surveillance des virus respiratoires (virus de la grippe A, 11; de la grippe B, 8) dans les endroits suivants : Montréal (3), Toronto (3), Manitoba (3), Regina (2), Calgary (1) et Colombie-Britannique (7).

États-Unis : À la fin de décembre 1994, on observait des cas de grippe à l'échelle régionale dans les États du Connecticut, du Kentucky, de New York, du Maryland et de la Virginie, ainsi que des cas sporadiques dans 22 États et dans le district de Columbia. La plupart des cas initiaux étaient des infections dues au virus de la grippe A, mais un nombre croissant de cas d'infection à virus grippal B ont été signalés en décembre.

Europe : L'activité grippale est faible dans la plupart des pays d'Europe; on ne note que des cas sporadiques d'infection due aux virus de la grippe A et B. Des éclosions de cas de grippe ont été signalées dans plusieurs régions de la Chine à la fin de 1994; des cas d'infection causée par le virus A (H3N2) ont été consignés.

Source : *Laboratoires participant au Programme de surveillance des virus respiratoires, Division de la surveillance des maladies, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM (Ottawa) et OMS.*

DÉCÈS CONSÉCUTIFS À L'ABUS DE DROGUES

Document disponible

En novembre 1993, l'OMS a organisé une consultation afin d'examiner les conséquences mortelles de l'abus de drogues et d'établir que l'absence de données comparables au niveau international était due principalement aux faiblesses des mécanismes de collecte des données ainsi qu'au manque d'une terminologie et de systèmes de classification communs.

Aux fins d'uniformité, les participants à cette consultation ont proposé d'utiliser le terme de *décès consécutifs à l'abus de drogues* pour désigner les conséquences mortelles de l'abus de substances réglementées au niveau international, et/ou de l'usage non médical d'autres substances à titre de psychotropes. Ce terme couvrira, en cas de dépendance, les décès dus à une intoxication aiguë, à un usage prolongé de substances nocives et à un empoisonnement en cas d'accidents mortels/suicides/homicides directement liés à l'abus de drogues.

On trouvera plusieurs recommandations, comme l'adoption des codes CIM-10, visant à normaliser les méthodes nationales de collecte des données, à promouvoir la recherche et prévenir les décès consécutifs à l'abus de drogues.

Des exemplaires gratuits du rapport de cette consultation (document WHO/PSA/93.14) sont disponibles en anglais seulement auprès du **Programme de Lutte contre les Toxicomanies, OMS, 1211 Genève 27, Suisse**.

VIROLOGIE ALIMENTAIRE

Documents disponibles

Le Centre collaborateur OMS pour la virologie alimentaire, *Food Research Institute*, Université du Wisconsin, Madison, WI, États-Unis, a établi une mise à jour des documents *Literature Review* and *List of Food Virologists* publiés en 1992.

Les 2 documents *Literature Review* - 1993 et 1994 *List of Food Virologists* peuvent être obtenus sur demande adressée à **l'unité Salubrité des Aliments, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.**

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseiller scientifique :	D[r] J. Spika	(613) 957-4243
	Dr F. Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Editique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Groupe Communication Canada - Édition	N° de téléphone :	(819) 956-4802
Ottawa (Canada) K1A 0S9	Télécopieur :	(819) 994-1498

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1994